Lane Medical Library

Psychogene Lähmungen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 13. Juli 1907

NEBST DEN BEIGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Erich Hildebrand

aus Schönebeck a. d. E.

Unterarzt beim Magdeburgischen Pionier-Bataillon Nr. 4.

OPPONENTEN:

Hr. Unterarzt Zwicke.

— cand. med. Härpher.

— Unterarzt Liebau.

Berlin.

Druck von E. Ebering

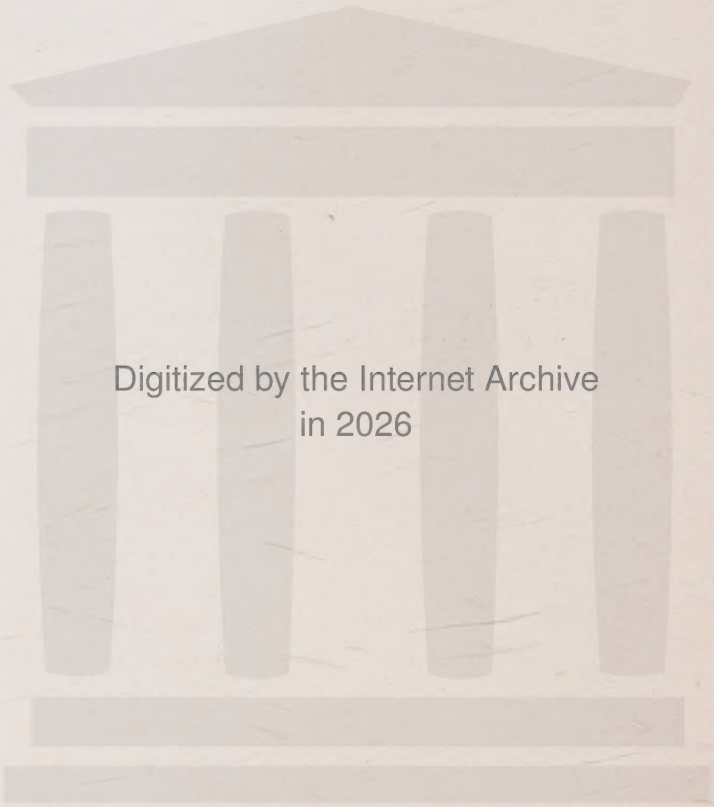
Mittelstrasse 29.

1907

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Exzellenz Geh.-Rat Prof. Dr. v. Leyden.

Meinen Eltern.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/psychogenelahmun0000eric

Unter einer motorischen Lähmung versteht man die Aufhebung resp. Herabsetzung der Funktionen von Muskeln oder muskulären Organen infolge von Störungen der motorischen Innervation. Diese motorische Innervationsstörung beruht auf pathologischen Vorgängen innerhalb des motorischen Nervenapparates und kann auf zweierlei Weise zustande kommen, indem nämlich erstens die zentralen Willenserregungen bei vollständiger Intaktheit des motorischen Leitungsapparates aufgehoben oder abgeschwächt sind oder zweitens die Leitung in den motorisch zentrifugalen Bahnen erschwert oder aufgehoben ist. Die letzteren bezeichnet man gewöhnlich als Leitungslähmungen, die ersteren als Zentrallähmungen.

Bei den Zentrallähmungen ist die Erzeugung bewusster Willensimpulse oder deren Uebertragung auf die motorischen Zentralherde gestört.

Zu den Zentrallähmungen gehören die Lähmungen, die man mit dem Namen einer „psychogenen Lähmung" belegt hat. Wie der Name bereits sagt, ist diese Lähmung durch abnorm psychische Vorgänge bedingt. Während bei einer Geisteskrankheit, die mit einer pathologisch-anatomisch nachweisbaren Veränderung der Gehirnsubstanz und dem Untergange von Vorstellungsganglien verbunden ist, sowohl das Erinnerungsbild der Bewegung, als auch die Reproduktionsfähigkeit desselben verloren gegangen ist, besteht bei einer psychogenen Lähmung noch das Residuum von früher erworbenen Bewegungsvorstellungen; dieselben können infolgedessen wieder ins Bewusstsein zurückkehren.

Alle abnormen psychischen Vorgänge und Vorstellungen einer psychogenen Lähmung bis ins Einzelne zu verfolgen, ist nicht möglich. Reiht doch der Patient selbst die einzelnen Glieder in der Kette der psychischen Vorstellungen unbewusst aneinander und weiss nur Aufschluss zu geben über seinen augenblicklichen Geisteszustand.

Am häufigsten findet man psychogene Lähmungen auf hysterischer Basis. Da wir die Hysterie als eine ausschliesslich psychische Erkrankung auffasssen, sozusagen als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, dass sich Störungen zwischen den Vorgängen unseres Bewusstseins und den rein körperlichen Innervationsvorgängen einstellen, so sind wir vollständig berechtigt hysterische Lähmungen als „psychogene" zu bezeichnen.

Jedenfalls ist das Wesen der hysterischen Lähmungen noch sehr wenig erforscht und eins der strittigsten Gebiete in der Lehre der Hysterie. Es seien hier nur kurz einige Theorien hierüber erwähnt. Die meisten Autoren, vornehmlich die deutschen sind von dem ausschliesslich kortikalen Sitz der hysterischen Lähmungen überzeugt. Strümpell vertritt die Ansicht, dass bei einer hysterischen Lähmung die normalen Beziehungen, die zwischen den Vorgängen unserer Willensvorstellungen und unserer Körperlichkeit bestehen, gestört sind. Andere sind wiederum der Ansicht, dass die Bewegungsvorstellungen eine krankhafte Aenderung insofern erfahren, dass eine Hemmung ihrer Reproduktion vorhanden ist, nicht aber ein vollständiger Verlust derselben. — In England hat die Theorie, dass die hysterische Lähmung als eine rein psychogene aufzufassen ist, bisher wenig Anklang gefunden. Bastian teilt die hysterischen Lähmungen in solche cerebralen und spinalen Ursprungs ein und glaubt die Funktionsstörungen des Zentralnervensystems auf eine mangelhafte Ernährung, die durch herabgesetzte Blutzufuhr, infolge von Gefässkrampf bedingt ist, zurückführen zu müssen.

Das plötzliche Verschwinden der hysterischen Lähmungen erklärt er durch das Nachlassen des Gefässkrampfes. —

Wenden wir uns nach diesen kurzen Vorbemerkungen der Aetiologie der hysterischen Lähmungen zu, so finden wir, dass hier das psychische Trauma eine grosse Rolle spielt. Schon unter normalen Verhältnissen sehen wir tagtäglich die Einwirkung starker psychischer Affekte auf die Funktion der vasomotorischen, sekretorischen und motorischen Organe. Die Scham lässt uns erröten, der Schreck lässt uns erbleichen, vor Aufregung werden wir sprachlos, das Angstgefühl lässt unsere Glieder erzittern. Solange die körperlichen Einwirkungen psychischer Erregungen nur vorübergehend vorhanden sind, sind sie als physiologisch zu betrachten. Finden sie sich aber nach Ablauf des Affekts noch vor, so sind sie als pathologisch zu betrachten. — Eine grosse Reihe der hysterischen Lähmungen entstehen durch Aufregung, Schreck, Aerger, Kummer und andere psychische Insulte — eine fast noch grössere Bedeutung für die Aetiologie erlangen die verschiedenen körperlichen Traumen. Oft findet man, dass sich an eine Verbrennung, Stoss oder Fall eine hysterische Lähmung anschliesst. Es ist nicht die körperliche Verletzung, die die hysterischen Erscheinungen hervorruft, sondern die mit derselben verbundene psychische Erregung. Nach Charkot rufen die in dem verletzten Teil entstehenden Gefühle von Taubheit, Schwere und Bewegungsstörungen die Vorstellung einer Lähmung hervor. „Diese Vorstellung bleibt, wie Dr. Löwenfeld in seinem Werke über Hysterie sagt, unbekämpft, weil der unter dem Einflusse des psychischen Chocks Stehende sich hinsichtlich seiner Suggestibilität wie ein Hypnotisierter verhält. Die weitere Entwicklung und Fixierung der Suggestion geschieht durch unbewusste psychisch-cerebrale Tätigkeit. Die Vorstellung der Bewegungsunfähigkeit übt einmal fixiert eine hemmende Wirkung auf die kortikalen motorischen Zentren aus, infolge welcher die Reproduktion der notwendigen Bewegungsvorstellungen verhindert oder sehr erschwert wird.“ —

In vielen anderen Fällen wiederum entsteht das Leiden nach und nach, ohne dass der Arzt oder der Patient dafür einen Grund anzugeben weiss. Es lässt sich annehmen, dass hier durch die verschiedensten, langandauernden und sich wiederholenden psychischen Alterationen, sozusagen durch Summation der Reize, schliesslich der Zustand erreicht wird, den eine einzige starke psychische Erregung auslösen kann.

Alle die bisher angeführten Momente bilden in dem weitaus grössten Teil der Fälle nur das auslösende Moment, sie geben nur den äusseren Anstoss zur Entstehung der Lähmung, während wir die eigentliche Ursache in einer angeborenen oder erworbenen Minderwertigkeit des Nervensystems zu suchen haben. Worin diese individuelle Veranlagung besteht, ist bis jetzt noch nicht aufgeklärt worden. Meistenteils ist die für das Entstehen hysterischer Lähmungen notwendige Geistesverfassung durch die nach und nach entstandene abnorme Richtung der Gefühle mit anschliessenden lähmenden Vorstellungen langer Hand vorbereitet worden.

Analog der grossen Verschiedenartigkeit der einzelnen Krankheitssymptome der Hysterie bietet auch die hysterische Lähmung ein recht abwechselungsreiches Bild dar. Sie ist nicht von Alter und Geschlecht abhängig; wenn schon das weibliche Geschlecht mehr dazu prädisponiert, so ist doch selbst bei kräftigen Männern das Auftreten von Lähmungen keine Seltenheit. Am meisten scheint das jugendliche und mittlere Lebensalter dafür zu inklinieren. Unterschied in Stand und Bildung spielt keine Rolle; die Hysterie findet sich ebenso gut bei Frauen, die auf einem hohen geistigen Niveau stehen, wie bei der ungebildetsten Fabrikarbeiterin. — Einen bestimmten Verlauf für jede hysterische Lähmung aufzustellen, ist ein Ding der Unmöglichkeit, was schon dadurch erklärlicher wird, dass bei keiner Sektion eines hysterischen Individuums sich gröbere anatomische Veränderungen des Nervenapparates vorgefunden haben; hieraus erklärt sich auch, dass hysterische Lähmungen in kürzester Zeit ent-

stehen und ebenso schnell wieder verschwinden können. Ferner ist bemerkenswert, dass dieselben kein Abbild der anatomischen Verhältnisse des Nervensystems liefern, dass sie nicht Körperteile ergreifen, die nur eine anatomische Selbständigkeit besitzen, sondern stets ganze Apparate, die ihrer Funktion nach eine Einheit bilden. Die hysterische Lähmung ist also, wie Villaret sagt, keine Lähmung von Körperteilen, sondern eine Aufhebung von Funktionen oder sie besteht in einem Abhandenkommen für den Willen und die Vorstellung des Kranken.

Was die Lokalisation der hysterischen Lähmung anbelangt, so trifft man oft die Erscheinung, dass derjenige Körperteil, auf den bei der psychischen Erregung die Aufmerksamkeit hingelenkt wurde, späterhin auch oft von der Lähmung ergriffen wird. Das Einsetzen der Lähmung erfolgt fast stets brüsk, oft geradezu apoplektiform, bedeutend seltener beobachtet man eine allmähliche Ausbreitung. Häufig findet man, dass Aurasansationen voraufgehen; die Patienten haben in dem später gelähmten Glied ein Gefühl des Einschlafens oder Abgestorbenseins. Der Eintritt der Lähmung ist sehr oft mit einer mehr oder weniger grösseren Bewusstseinstrübung verbunden. Ist nur eine Parese vorhanden, so fällt bei genauerer Untersuchung das Hin- und Herschwanken der Werte der dynamometrischen Prüfung der affizierten Glieder auf.

Von allen hysterischen Lähmungen ist, wie die Statistik lehrt, die Stimmbandlähmung die häufigste. Man kann es wohl kaum als einen Zufall bezeichnen, dass dasjenige Organ des menschlichen Körpers, welches bereits im physiologischen Sinne am meisten von unseren Stimmungen und Gemütserregungen abhängig ist, auch pathologisch das Hauptkontingent für die Lähmungen der Hysterie stellt. Jede Aenderung, jeder Wechsel unseres Affektlebens äussert sich mehr oder weniger in der Tonstärke und Klang unserer Stimme. Im höchsten Zorne, wenn die kühle Ueberlegung

fehlt und die augenblicklich auftauchenden Vorstellungen die Sinne beherrschen, schwillt die Sprache fast zum mehrfachen ihrer sonstigen Stärke an, um bei starker Depression des Gemütslebens zu einer hauchenden Stimme herabzusinken. — Man unterscheidet je nach dem Grade der Lähmung drei Arten von hysterischer Stimmbandlähmung: die hysterische Aphonie, Aphasie und den hysterischen Mutismus. Bei der Aphonie ist eine anatomische Veränderung an den Stimmbändern nicht nachzuweisen. Es besteht nur eine leichte Parese eines oder mehrerer Kehlkopfmuskeln und häufig ein Auseinanderweichen der Stimmlippen bei der Intonation. Die Kranken sprechen nur in Flüsterstimme, sie können normal artikulieren, aber nicht intonieren.

Bei der hysterischen Aphasie fällt auch das Vermögen fort, die einzelnen Konsonanten und Vokale der Worte richtig auszusprechen. Die Sprache besteht nur noch in dem Ausstossen von unartikulierten und unverständlichen Lauten.

Bei dem hysterischen Mutismus schliesslich haben die Patienten vollständig die Herrschaft über ihre Sprachwerkzeuge verloren; sie sind zur vollständigen Stummheit verurteilt. Sie können den Mund zu jedem anderen Zwecke öffnen, nur nicht zum Sprechen. Nicht selten schliesst sich der Mutismus an eine hysterische Aphasie oder einen heftigen Kehlkopfkatarrh oder an gewisse Arten des Stotterns an; in vielen Fällen aber ist ein ursächliches Moment nicht zu finden.

Die Diagnose der hysterischen Stimmbandlähmung ist meistenteils eine leichte; dort wo Zweifel herrschen, ist das Auffinden anderer hysterischer Symptome massgebend. Es ist ziemlich selten, dass hysterische Lähmungen ohne jede andere charakteristische Kennzeichen der Hysterie auftreten, wie wir sie in den sogenannten hysterischen Stigmatas, den sensoriellen Anästhesien, den hysterogenen Zonen u. a. m. haben. Eine Lähmung, die bei einem exquisit hysterischen Individuum auftritt, lässt immer den Verdacht aufkommen,

dass es sich um eine Teilerscheinung der Hysterie handelt. Sollte der Mutismus monosymptomatisch auftreten, so haben wir in dem Kehlkopfbefunde, den eigenartigen Verzerrungen des Gesichts und in den krampfhaften Nebenbewegungen, sowie in der Anamnese Handhaben genug, um eine sichere Diagnose zu stellen.

Die Prognose ist äusserst verschieden zu bezeichnen. Die Dauer des Mutismus variiert ganz ausserordentlich, zuweilen ist er von kurzer Dauer, besteht nach einem Anfalle nur wenige Stunden, Tage oder Wochen lang, andererseits sind Fälle beobachtet worden, die sich 5—10 Jahre hingezogen haben. Die Neigung zu Recidiven ist sehr ausgeprägt, und man macht dabei die Erfahrung, dass die letzteren nicht so leicht verschwinden als die erstere Affektion. Der reine Mutismus ist selten von langer Dauer, dagegen sind bei der hysterischen Aphonie und Aphasie recht langwierige und hartnäckige Formen zur Beobachtung gekommen.

Bei keiner Krankheitsform der Hysterie ist die Therapie so wirksam als gerade bei den Lähmungserscheinungen. Hat der Arzt erst einmal eine sichere Diagnose gestellt, so hat er methodisch und konsequent die ihm zu Gebote stehenden Heilverfahren einzuleiten, ohne sich um die Launen oder Wünsche seines hysterischen Patienten zu kümmern, selbstverständlich nur soweit sie seiner Therapie entgegen sind. In den schwereren Fällen ist eine Anstaltsbehandlung wegen der Entziehung schädlicher Einflüsse von seiten der Umgebung und der konsequenteren Durchführung der Heilmethode stets der Privatbehandlung vorzuziehen. Oft übt schon die Angst vor dem Krankenhaus in psychischem Sinne eine wohltätige Wirkung auf den Patienten aus. — Die Therapie der hysterischen Stimmbandlähmung deckt sich im grossen und ganzen mit der der anderen hysterischen Lähmungen. Oppenheim unterscheidet zwei Arten der therapeutischen Behandlung: die Heilung auf reflektorischem und auf affektivem Wege. Was die Behandlung auf reflektorischem Wege an-

belangt, so ist es noch nicht sicher gestellt, ob die Heilung durch Vermittlung des Reflexes oder unmittelbar durch denselben herbeigeführt wird. Der Gedanke, dass die auf reflektorische Weise hervorgerufene Muskelkontraktion in dem Patienten die Vorstellung hervorruft, nicht mehr gelähmt zu sein, hat vieles für sich. Abgesehen von der Allgemein-Behandlung spielt der elektrische Strom eine grosse Rolle, wobei es ziemlich gleichgültig ist, ob man den faradischen oder konstanten Strom anwendet. Zuweilen erreicht man schon nach den ersten Sitzungen eine wesentliche Besserung, die dann aber wieder zurückgehen kann, um erst nach zahlreichen Sitzungen einer dauernden Besserung Platz zu machen. Manchmal gelingt es trotz Anwendung starker faradischer Ströme nur einen partiellen Erfolg zu erzielen; man tut in solchen Fällen gut, statt des faradischen den konstanten Strom zu nehmen. Man muss darauf achten, dass derselbe eine kräftige Zuckung hervorruft, ausserdem muss man öfter den Strom öffnen und schliessen. Bei den hysterischen Stimmbandlähmungen ist die intralaryngeale Faradisation oder Galvanisation ein sehr bewährtes Mittel; es gelingt häufig den durch den ungewöhnlichen Schmerz erschreckten Patienten sofort die Sprache wiederzugeben; wir hätten also hierin eine Heilung auf affektivem Wege. Ausser der elektrischen Behandlung ist die passive Bewegung, sowie der Versuch, die gelähmten Teile selbständig zu bewegen, ein wertvolles Mittel für die Therapie. Aeussere Manipulationen am Kehlkopf, wie starke Kompression mit den Fingern, oder die Einführung des Kehlkopfspiegels, methodische Anleitung zum Intonieren, energisches Zwingen zum Anspannen der Stimmbänder üben bisweilen eine unverkennbar günstige Wirkung aus. Da alle diese Mittel auf einer Suggestionswirkung beruhen, nur auf das Vorstellungsleben des Patienten wirken, ist es von vornherein unbedingt notwendig, dass sich der Arzt das volle Vertrauen seines Kranken zu erwerben sucht, würde das Gegenteil der Fall sein, so ist selbstverständlich

von Anfang an jede Therapie illusorisch. Sehr hemmend für die Heilung ist ferner ein vom Arzte dem Patienten entgegengebrachtes Misstrauen, Vorwürfe und Nachgibigkeit.

Ausser der Stimmbandlähmung sind auch noch im Bereich der anderen Respirationsmuskel hysterische Lähmungen beobachtet worden, dasselbe dürfte wohl auch beim Zwerchfell der Fall sein. Doch sind dies seltene Formen.

Beinahe ebenso häufig wie die Stimmbandlähmung ist die hysterische Lähmung der Extremitäten und des Rumpfes; dieselben können hemiplegisch, paraplegisch oder monoplegisch auftreten. Nach den Aufstellungen der Pitres'schen Klinik in Bordeaux sind 17 % aller hysterischen Lähmungen Extremitätenlähmungen. Zuweilen findet man auch eine gekreuzte Extremitätenlähmung in einer oberen und in der entgegengesetzten unteren Extremität. Der Grad der Lähmung kann ein sehr verschiedener sein, vom einfachen Schwächegefühl und Schwere der Glieder an bis zur totalen Unbeweglichkeit. Meistenteils setzt das Leiden, wie bereits erwähnt, plötzlich gleich in seinem ganzen Umfange ein, seltener findet man, dass der Patient zunächst nur über ein Schwächegefühl und herabgesetzte Beweglichkeit seiner Glieder klagt und dass sich dann erst im Laufe von einigen Tagen die definitive Lähmung herausstelt. Dieselbe kann sowohl eine schlaffe als auch eine spastische sein; die Sehnenphänomene erfahren keine Aenderung; es kommt sogar häufiger vor, dass Fussklonus und Steigerung der Sehnenphänomen sich zeigt. Mit der Paralyse sind oft Störungen der Sensibilität und des Muskelsinns verbunden; die elektrische Erregbarkeit der Muskeln durch den Induktionsstrom ebenso wie durch den konstanten bleibt selbst nach jahrelangem Bestehen des Leidens immer die gleiche; Hand in Hand damit geht die Tatsache, dass ein nennenswerter Muskelschwund abgesehen von einer geringen Inaktivitätsatrophie nicht eintritt.

Von den totalen Lähmungen (Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde XI) sind etwa $^1/_2$ hemiplegisch, $^1/_6$ pa-

raplegisch und $^1/_8$ monoplegisch. Bei den hysterischen Hemiplegien werden in dem grössten Teil der Fälle nur die Extremitäten befallen, während Zunge und Gesicht frei bleiben. Früher zählte man es zu den grössten Seltenheiten, wenn das Hypoglossus- und Facialisgebiet mit in Mitleidenschaft gezogen wurde; Charkot und seine Schule hält auch bis in die jüngste Zeit noch an dem Gedanken fest, dass die Verziehung des Mundwinkels und das Abweichen der Zunge nach einer Seite nicht auf einer Lähmung, sondern auf einer Kontraktur der der Hemiplegie gegenüberliegenden Zungenmuskulatur beruht. Es täuscht danach die Kontraktur eine gegenseitige Parese vor, dieselbe erkennt man häufig an den fibrillären Zuckungen und daran, dass beim Aufblasen des Mundes die Luft auf der scheinbar nicht gelähmten Seite entweicht. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle liegt eine Kontraktur vor, doch sind ganz unzweifelhaft eine Reihe von hysterischen Facialisparesen zur Beobachtung gekommen, dieselben beschränken sich auf den Mundfacialis, während der Augenfacialis frei bleibt. — An den Extremitäten ist die Lähmung bei der hysterischen Hemiplegie meistenteils ungleich entwickelt und zwar insofern, dass die Affektion des Beines bedeutend stärker ist, wie die des Armes. Häufig handelt es sich nur um ganz unbedeutende, schnell vorübergehende Paresen, die gegenüber den anderen hysterischen Symptomen wie der Hemianästhesie beinahe verschwinden. Ist die Funktion des erkrankten Beines stark beeinträchtigt, so nimmt der Gang einen ganz typischen Charakter an, der sich wesentlich von dem bei organischen Hemiplegien unterscheidet. Bei der letzteren beschreibt der Patient mit dem kranken Bein einen nach aussen konvexen Bogen bei gestrecktem Knie, bei der Hysterie dagegen macht er mit der gesunden Extremität einen grossen Schritt und zieht die kranke, das Knie oftmals etwas gebeugt, mit schlurrendem Geräusche hinter sich her; der Fuss hat dabei oft die Stellung der Peronäuslähmung.

Die paraplegische Form der hysterischen Lähmung ist wohl die hartnäckigste, sie ist grösstenteils eine schlaffe, kann aber auch von einer ganz bedeutenden Kontraktur begleitet sein, sodass die Beine ganz gestreckt und in Adduktionsstellung gehalten werden. Dabei ist die Sensibilität oft ganz intakt, oft besteht aber auch hochgradigste Anästhesie.

Die Monoplegie ist die am seltensten auftretende Form der hysterischen Extremitätenlähmung; ihre Entstehung ist meist hystero-traumatischer Natur, wie rein lokale Einwirkung, allgemeine Körpererschütterung u. a. m. Die Muskeln der gelähmten Extremität sind meistens schlaff und leisten passiven Bewegungen keinen Widerstand. Sehr interessant ist übrigens das Experiment, welches Charkot, der berühmte Forscher auf dem Gebiete der Hysterie, angestellt; es gelang ihm nämlich bei einzelnen besonders suggestiblen Personen durch Suggestion auch während des wachen Zustandes exquisite hysterische Paresen in Form von Monoplegien zu erzeugen.

Lähmungen aller 4 Extremitäten ist eine Seltenheit, etwas häufiger dagegen findet man in den übrigen Teilen des Gliedes das Bestehen einer leichten Parese. Die anatomische Zusammengehörigkeit der Muskeln durch gleiche Innervation ist dabei ohne Bedeutung. – Von den bisher beschriebenen Extremitätenlähmungen sind diejenigen zu unterscheiden, welche nicht auf die Funktion bestimmter Muskelgruppen lähmend einwirken, sondern sich nur auf die Ausführung bestimmter koordinierter Bewegungen beschränken. Hierher gehören die hysterische Geh- und Stehstörung, die sogenannte Abasie-Astasie und die hysterische Schreiblähmung. Bei der Abasie-Astasie ist dem Kranken die Fähigkeit genommen zu gehen und zu stehen, dagegen vermag er im Liegen die Beine ganz gut anzuziehen und zu strecken, selbst die Bewegungen des Gehens nachzuahmen, erst wenn er aufrecht gehen und stehen soll, beginnt er zu zittern, be-

kommt eine schnelle, krampfhafte Atmung und sinkt in sich zusammen. Muskelkraft, Sensibilität, Haut und Sehnenreflexe zeigen keine pathologische Veränderung. Das Leiden tritt bei beiden Geschlechtern auf und findet sich hauptsächlich bei Kindern von 10—15 Jahren. — Aehnlich verhält es sich bei der hysterischen Schreiblähmung. In den schweren Fällen sind die Patienten nicht mehr imstande einen Buchstaben zu schreiben, während bei den leichteren Formen ihnen nur die Kraftlosigkeit und Verlangsamung ihrer Schrift auffält. Dabei ergibt die Prüfung der dynamometrischen Werte beider Hände das vollständige Intaktsein der rechten, eventuell sogar ein Ueberwiegen derselben.

Die Diagnose hysterischer Extremitätenlähmung wird dem erfahrenen Arzte keine grosse Schwierigkeiten bereiten. Doch können manche Fälle so komplizierter Natur sein, dass sie zu schweren diagnostischen Fehlern Veranlassung geben. Hauptsächlich wird man sein Augenmerk auf das Vorkommen anderer hysterischer Symptome zu richten haben, was wir bereits bei der hysterischen Stimmbandlähmung erwähnt haben. Dabei darf man aber nicht ausser Acht lassen, dass auch mal hysterische Individuen traumatische, rheumatische, neuritische oder sonstige Lähmungen erwerben können. Gegen eine hysterische Lähmung werden stets die Symptome sprechen, welchen unzweifelhaft eine anatomische Erkrankung zu Grunde liegt; dagegen wird das Erhaltensein der elektrischen und muskulären Erregbarkeit, wenn auch die elektromuskuläre Sensibilität nach Duchenne erheblich vermindert sein kann, das Fehlen einer Muskelatrophie und sonstigen tropischen Störungen, die Abhängigkeit des Befindens des Patienten von psychischen Affekten, sowie das Nachlassen der Symptome bei abgelenkter Aufmerksamkeit und die Tatsache, dass die Lähmungen oft von den Gesetzen der Nervenphysiologie und Anatomie unabhängig zu sein scheinen, immer auf eine hysterische Erkrankung hinweisen. Die Krankheitserscheinungen der Abasie-Astasie sind so ty-

pisch, dass sie wohl selten diagnostische Zweifel zulassen; dagegen ist das Unterscheiden hysterischer Hemiplegien von gewissen Herderkrankungen im Gehirn schon schwieriger. Doch wird in der Regel durch die ausgesprochenen Sensibilitätsstörungen, durch den Nachweis von Druckzonen, durch die Nichtbeteiligung des Mundfacialis und Hypoglossus, durch die oft auftretende starke zweiseitige nicht hemianopische Gesichtsfeldeinengung und Störungen des Farbensinns die hysterische Lähmung von der durch Apoplexie und Encephalitis bedingten zu trennen sein. Gegen Hysterie würde das Vorhandensein einer Hemianopsie, der positive Ausfall des Babinski'schen Reflexes Unterschied in den Sehnenphänomen, eine Lähmung des Mundfacialis und der Zungenmuskulatur sprechen. Man kann auch die von Lumbroso gefundene Erscheinung zur Differentialdiagnose herbeiziehen, dass bei einer Herdläsion des Gehirns das gelähmte Bein durch eine Abduktionsbewegung vor das gesunde gesetzt wird, während bei der Hysterie das Bein gradlinig nachgezogen wird. — Die Diagnose der hysterischen Monoplegie stösst meistenteils auf keine Schwierigkeiten; es ist hier von einiger Bedeutung, dass Monoplegien auf organischer Basis fast gar keine oder nur geringfügige Sensibilitätsstörungen aufweisen. Schwieriger hingegen gestaltet sich unter Umständen der Nachweis der hysterischen Paraplegie, dieselbe verbindet sich nicht so selten mit heftigen Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der Wirbelsäule, welche natürlich den Verdacht auf eine organische Erkrankung des Rückenmarks nahe legen; differentialdiagnostisch ist hierbei von Bedeutung, dass die Transversalmyelitis fast immer mit einer Sphinkterenlähmung verbunden ist, welche bei der hysterischen Lähmung sehr selten auftritt. Zu grossen Schwierigkeiten Anlass geben kann bisweilen die multiple Sklerose, eine Krankheit, die ebenfalls wie die Hysterie sich durch das Auftreten und Verschwinden von Lähmungserscheinungen auszeichnet. Typisches Intensionszittern, Nystagmus und Veränderungen des Augenhin-

tergrundes, welche letzteren bei der Hysterie sehr selten auftreten, weisen auf multiple Sklerose hin. Sonst kommen hinsichtlich der Diagnose noch in Betracht: die progressive Muskelatrophie, die mit qualitativen Störungen der elektrischen Erregbarkeit einhergeht, und die ischämische Muskellähmung, die sich zuweilen nach Verletzungen, die mit fixirenden Verbänden behandelt sind, einstellt. Von Wichtigkeit ist, dass bei derselben die elektrische Erregbarkeit gestört ist, während die Sensibilität mit Ausnahme von Parästhesien intakt ist.

Die Prognose der hysterischen Gehstörungen ist die gleiche wie die der hysterischen Stimmbandlähmung. Manche Formen weichen der ersten und einfachsten Suggestion, während andere wieder Jahre lang jeder Behandlung trotzen. Es ist ungefähr bei $^2/_3$ der Fälle eine Heilung zu verzeichnen. Ungünstiger ist dieselbe bei der sogenannten traumatischen Hysterie. Es ist dies zum grossen Teil der psychischen Veränderung der Unfallpatienten zuzuschreiben. Dieselben werden oft missmutig und energielos, bekommen Neigung zu fortwährendem Klagen und Querulieren und widerstreben hartnäckig jeder ärztlichen Behandlung. Es liegt wohl auf der Hand, dass unter diesen Bedingungen die Prognose ziemlich schlecht zu stellen ist.

Hinsichtlich der Therapie verweisen wir zunächst auf das, was bei der hysterischen Stimmbandlähmung im allgemeinen über hysterische Lähmungen gesagt ist. Eine richtige psychische Behandlung erzielt auch hier wieder die besten Erfolge. Es kommt vor allem darauf an, dem Kranken, der die Herrschaft des Willens über einen Teil der Bewegungen seiner Glieder verloren hat, zu suggerieren, dass die angewandte Behandlungsmethode von Erfolg gekrönt ist. Welches Heilmittel wir dann anwenden, ist von weniger Bedeutung; die Hauptsache bleibt, dass der Patient die feste Ueberzeugung hat, durch das Mittel geheilt zu werden. Am besten dazu eignet sich der elektrische Strom; man setzt die

eine Elektrode auf das gelähmte Glied auf, die andere ebenda oder auf die Wirbelsäule, was sich besonders bei der hysterischen Hemiplegie empfiehlt. Man lässt den Strom einige Minuten einwirken und führt mit dem Gliede passive Bewegungen aus. Diese Sitzungen führt man regelmässig fort. Dazwischen lässt man den Kranken mehrmals am Tage Gehversuche ausführen, die selbstverständlich in der ersten Zeit noch starker Unterstützung bedürfen. Allmählich lässt man immer mehr und mehr mit der Unterstützung nach und gestaltet die ursprünglich rein passiven Uebungen immer aktiver; auch die Wirkung der methodischen Bewegungsübungen im Bade ist unverkennbar. Auf diese Art und Weise bekommt der Kranke von Tag zu Tag eine grössere Sicherheit auf den Beinen und ist erstmal eine kleine Besserung zu verzeichnen, so geht meistenteils die weitere Heilung um so schneller vor sich. Gestalten sich die Gehversuche erst etwas sicherer, so lässt man den Patienten im Gehstuhle üben und späterhin an Krücken und Stock gehen; man lässt ausserdem ganz zweckmäsisg gymnastische Uebungen im Laufbarren, am Geländer, am Rade usw. ausführen. Man unterstützt diese Kur sehr wirksam durch Massage, kalte Abreibungen und Bäder. — Bisweilen ist trotz allen dieser Behandlungsweisen keine Besserung zu verzeichnen, die Lähmung trotzt hartnäckig jeder ärztlichen Behandlung. Unter solchen Umständen ist manchmal die Anwendung der Metallotherapie nicht ohne Erfolg. Dieselbe besteht in einem Auflegen von Metallstücken auf die gelähmten Glieder, wobei angeblich die Art des Metalls nicht gleichgültig und nicht jeder Patient für dasselbe Metall empfindlich sein soll. Natürlich handelt es sich um eine ausschliessliche Suggestivwirkung, von einer spezifischen Metallotherapie kann keine Rede sein. Versagt ein Metall, kann man ein anderes nehmen, dasselbe lässt man gewöhnlich 12—24 Stunden liegen. Zur Verstärkung der Suggestion bringt man auch grössere Magneten oder schwingende Stimmgabeln zur Anwendung. Schla-

gen alle diese Mittel fehl, so kann man schliesslich den Versuch machen, die hysterische Lähmung durch Hypnose zu heilen. Wenn bei Hysterischen durch die Suggestion Lähmungen hervorgerufen werden können, so ist es wohl auch klar, dass durch Suggestion dieselben auch wieder beseitigt werden können. Zur Erreichung des hypnotischen Zustandes bedient man sich am besten der kombinierten Methode, die in einer Streich- und Schlafsuggestion besteht. In der Hypnose suggeriert man dem Patienten, dass seine gelähmte Extremität wieder völlig beweglich geworden ist und fügt der Suggestion am besten hinzu, dass dieser Zustand auch nach dem Erwachen fortdauern wird. Wie erfolgreich auch manchmal die Heilerfolge ausfallen können, so muss doch der Hypnotiseur sich immer dessen bewusst sein, dass die Erzeugung des hypnotischen Zustandes stets ein zweischneidiges Schwert ist. In diesem Sinne sagt Strümpell mit vollem Recht: „Die Hypnose hat nur einen grossen Nachteil, dass sie als schwerer abnormer geistiger Zustand bei einem Kranken künstlich hervorgerufen wird, welcher von diesen Zuständen spontan nicht befallen wurde. Darin liegt ein Nachteil, welcher sich freilich nicht immer dauernd fühlbar zu machen braucht, aber oft genug schon in der schlimmsten Weise hervorgetreten ist. Nicht selten hat der Versuch einen Kranken zu hypnotisieren, der an einer leichten hysterischen Affektion leidet, das Auftreten eines schweren hysterischen Anfalles zur Folge.“ Es ist deswegen anzuraten, nicht über 3—4 Sitzungen hinauszugehen und die tiefen Zustände der Hypnose zu vermeiden.

Es seien hier noch einige Formen hysterischer Lähmungen aufgeführt, welche an und für sich keine grosse Bedeutung haben, aber der Vollständigkeit halber mit aufgezählt sein mögen. Das wären zunächst die Augenmuskellähmungen. Man beobachtet nicht selten Ptosis eines Augenlides, welche leicht zu dem Irrtum Veranlassung geben kann, dass eine Lähmung des Musculus orbicularis vorhanden ist; es stellt

sich aber dann fast immer eine Kontraktur dieses Muskels heraus, die man daran erkennen soll, dass auf der fraglichen Seite die Augenbraunen tiefer stehen im Gegensatz zur Lähmungsptosis, wo dieselben wenigstens beim Oeffnungsversuch höher gehen. Charkot und seine Schule bestreiten überhaupt das Vorkommen hysterischer Augenmuskellähmungen. Doch sind von anderer Seite vielfach Fälle veröffentlicht worden, die unzweifelhaft richtige Lähmungen waren, dieselben erstrecken sich meistenteils auf das Gebiet des Musculus rectus internus, doch werden auch der M. obliquus inferior und der rectus superior erwähnt. Auch Fälle von Mydriasis und Akkomodationslähmungen sind zur Beobachtung gekommen, (doch ist es hier noch sehr zweifelhaft, ob nicht hinter dem Rücken des Arztes Atropin zur Anwendung gekommen ist.) — Von den hysterischen Gaumenmuskellähmungen ist sehr wenig bekannt; es wurde bei einzelnen Fällen von hysterischer Hemiplegie ein Abweichen der Uvula nach der gelähmten Seite zu konstatiert. Es ist aber durchaus noch nicht sicher gestellt, ob diese Erscheinungen nicht auf einer anderen Grundlage basiert haben. — Aehnlich wie bei der Augenmuskulatur liegt es mit der Beteiligung der Zungenmuskulatur an den hysterischen Lähmungen. Dort wo bei einer hysterischen Hemiplegie eine Zungenaffektion vorhanden ist, weicht die Zungenspitze nach der nicht hemiplegischen Seite ab; noch deutlicher tritt dies hervor, wenn die Zunge hervorgestreckt wird, soweit dies überhaupt möglich ist, da die Spitze leicht nach oben gerollt wird. In den bei weitem grössten Teil der Fälle liegt eine Zungenkontraktur vor. Manchmal können sich Lähmung und Kontraktur in unentwirrbarer Weise vereinigen. — Auch die Muskulatur des Darmes, des Oesophagus und des Pharynx können unter Umständen von den hysterischen Lähmungen befallen werden. Die chronische Obstipation mancher hysterischer Individuen, die manchmal nur durch Monstreklystere und drastische Abführmittel zeit-

weise beseitigt werden können, lässt sich nicht anders, als durch spastische, paralytische und paretische Zustände des Darmes erklären. Sehr unangenehm für den Patienten können die Formen von hysterischer Pharynx- und Oesophaguslähmung werden. Die Kranken sind ausser Stande einen Bissen hinunterzuschlucken und kommen körperlich sehr herunter. Versucht man die Magensonde einzuführen, so gelangt man ohne Schwierigkeiten bis in den Magen. Die paralytische Dysphagie kann zuweilen durch einmaliges Einführen der Schlundsonde oder Anwendung elektrischer Reize geheilt werden. Bei den schwereren Formen muss man zunächst darauf achten, durch Einleitung der künstlichen Ernährung die allgemeine Körperschwäche zu heben.

Wenn wir vorhin von den schädlichen Einflüssen psychischer Affekte auf den menschlichen Organismus sprachen, so geschah dies unter der Voraussetzung, dass wir hier ein durch die Hysterie krankhaft verändertes Nervensystem haben. Es lehrt nun die Erfahrung, dass starke psychische Affekte, wie Schreck, Angst, Aerger, empfindliche Kränkungen und Verletzungen des Ehrgefühls und die verschiedensten anderen heftigen Gemütserregungen Lähmungen hervorrufen können, die mit den hysterischen Lähmungen nicht viel zu tun haben, was z. B. schon daraus hervorgeht, dass sich im Anschluss an diese Art der Lähmungen organische Veränderungen des Rückenmarks anschliessen können, die bei der Hysterie, die eine rein funktionelle Krankheit ist, ausgeschlossen sind. Man hat diese Lähmung mit dem Namen der Schrecklähmung bezeichnet, die Franzosen nennen sie „Paralysie par effroi ou par terreur“. Man kann die Schrecklähmung vielleicht mit Ausnahme der spinalen Form, wo organische Veränderungen sich zeigen, unzweifelhaft zu den psychogenen Lähmungen rechnen und annehmen, dass bei derselben sich Störungen zwischen den Vorgängen unserer Gehirntätigkeit und den rein körperlichen Innervationsvorgängen einstellen.

Die Einwirkung des Schrecks auf den menschlichen Organismus ist eine altbekannte Tatsache. Am bekanntesten ist die Wirkung auf den Zirkulationsapparat; es kann hier unter Umständen durch die plötzliche Drucksteigerung und eine sich daran anschliessende Ruptur und Blutung einer Gehirnarterie ein plötzlicher Tod eintreten. Am häufigsten haben aber psychische Erregungen Erkrankungen des Nervensystems zur Folge; man braucht nur an die Paralysis agitans und die Chorea zu denken, wo dieselben zwar nicht als ursächliches, aber doch als auslösendes Moment in Betracht kommen. Bei keiner Krankheitserscheinung jedoch spielt der psychische Affekt eine solche Rolle wie bei der Schrecklähmung, die demgemäss mit vollem Rechte nach ihrer Aetiologie benannt worden ist. — Es ist wohl nicht wunderbar, dass die Schrecklähmung hauptsächlich bei Personen mit neuropathischer Disposition auftritt, nicht bloss weil deren Nervensystem überhaupt weniger Widerstandsfähigkeit besitzt, sondern auch — wie Dr. Löwenfeld sehr treffend sagt — weil bei diesen, wenigstens sehr häufig eine grössere gemütliche Empfindlichkeit (Gemütsweichheit) eine Teilerscheinung der abnormen nervösen Konstitution bildet; der gleiche äussere Anlass daher eine intensivere und nachhaltigere psychische Erregung herbeiführt als bei ganz normalen Menschen. Etwas ganz ähnliches finden wir bei den Apoplexien infolge von Schreck; gesunde Individuen mit intakter Gefässwand werden niemals infolge von Drucksteigerung von der Ruptur einer Gehirnarterie betroffen. Liegt jedoch eine Erkrankung der Arterienwandungen oder eine Nierenatrophie vor, die Herzhypertrophie und erhöhte Aortenspannung bedingt, so ist ein prädisponierendes Moment zur Ruptur der Wandungen gegeben.

Interessant ist es, dass wir im Tierreich den Schrecklähmungen bei weitem häufiger begegnen, als beim Menschen, und zwar je weiter man im Tierreich hinabsteigt, um so zahlreicher und leichter tritt diese Lähmung ein. Tiere,

die man unerwartet ergreift und auf den Rücken legt oder an den Beinen aufhängt, werden nach den fruchtlosen Fluchtversuchen bald von einem lähmungsartigen Zustand ergriffen, der, wenn man die Hand behutsam fortzieht, noch eine zeitlang bestehen bleibt. Diese Erscheinung hat man zuerst am Huhn beobachtet, noch auffälliger tritt sie beim Frosch hervor. Hängt man diese Tiere mit einer Schlinge am Schwanz oder an den Beinen auf, so macht sich sofort eine auffällige Starrheit und Unbeweglichkeit bemerkbar, die, wenn das Experiment einen Tag lang fortgesetzt wird, zum Tode führt. —

Man hat die Schrecklähmungen in solche cerebralen und spinalen Charakters eingeteilt. Die ersteren beschränken sich meistens auf eine Lähmung der Sprache, welche bei prädisponierten Individuen hypochondrischen Charakters vorkommt. Die andere Form der cerebralen Schrecklähmung ist die Hemiplegie, die schnell in Heilung überzugehen pflegt. Von den spinalen Schrecklähmungen, die sich in Paraplegien äussern, sind diejenigen heilbar, die keine anatomischen Veränderungen hinterlassen, also rein funktioneller Natur sind, während die Schrecklähmungen und organischen Veränderungen eine bedeutend ungünstigere Prognose geben. Ueber den Zusammenhang der Schrecklähmung und einer sich im Anschluss daran entwickelnden Myelitis äussert sich Professor von Leyden in der deutschen Klinik folgendermassen: „der pathogenetische Zusammenhang zwischen psychischem Shock und Myelitis ist nicht leicht zu erklären. Der heftige Schreck kann zu einer derart akuten Gefässkontraktion führen (vasomotorische Reflex), dass es in den zarten Geweben des Rückenmarkes zu Ernährungsstörungen kommt. Es ist ferner möglich, dass der psychische Shock eine intensive Blutdrucksteigerung veranlasst, die bei bestehender Arterienerkrankung analog, wie im Gehirn eine Rückenmarksapoplexie hervorruft.“

Einen interessanten Fall von Schrecklähmung funk-

tioneller Natur hat Herr Geheimrat v. Leyden in der Berliner klinischen Wochenschrift veröffentlicht. Es handelte sich um ein 16jähriges Dinstmädchen, das durch einen Einbruch in seine Schlafkammer in grosse Aufregung versetzt war. Die Patientin flüchtete in höchster Aufregung die Treppe hinunter, kam dabei zu Fall und fiel einige Stufen herab, ohne Verletzungen davonzutragen oder das Bewusstsein zu verlieren. Die nächsten Nächte schlief das Mädchen sehr unruhig. Nach nicht ganz 3 Tagen trat plötzlich eine Lähmung des ganzen Körpers vom Halse nach abwärts ein. Die Parese der Brust und Bauchmuskulatur sowie die Sphinkterenlähmung gingen bereits am folgenden Tage zurück, dagegen blieb eine totale schlaffe Lähmung der Extremitäten zugleich mit hochgradiger Anästhesie und Analgesie und mit völligem Erlöschen der Lagevorstellung zurück. Die Kranke ist unter Einleitung der einschlägigen Therapie nach ungefähr 5 Wochen als vollständig geheilt entlassen worden. Das Zustandekommen dieser Lähmung erklärt Geh. v. Leyden auf folgende Weise: „Man muss annehmen, dass durch den psychischen Shock, ähnlich wie bei dem traumatischen Shock, die Nervenleitung vom und zum cerebralen Zentrum der Sensibilität und Motilität für die vier Extremitäten unterbrochen ist. Die elektrische Leitung in den peripheren motorischen Nerven war aber vollkommen frei, dagegen die Ueberleitung peripherer sensibler Reize auf die motorischen Bahnen gehindert. Ebenso war der motorische Willensimpuls vorhanden, er gelangte aber nicht durch die spinalen Ganglienzentren zum peripheren motorischen Nerv. Ich glaube also, dass es sich um eine Erschütterung der zerebralen bezüglich der spinalen Zentren (Ganglienzellen) handeln muss, welche zu einer Hemmung der normalen Leitungsvorgänge im sensiblen und motorischen System geführt hat.“

Ein ganz ähnlicher Fall, wie der eben angeführte ist mir von der I. medizinischen Klinik gütigst zur Verfügung ge-

stellt worden. Die Patientin ist ein 39 Jahre altes Mädchen Olga W. ohne Beruf. Ihr Vater ist vor 30 Jahren am Typhus gestorben. Die Mutter lebt noch und fühlt sich gesund. Sie ist die Tochter eines Lehrers und lebt augenblicklich bei ihrem Bruder, der Kontrollbeamter ist. Als Kind gibt Patientin an immer gesund gewesen zu sein. Die Regeln stellten sich im 14. Jahre unregelmässig ein. Im 30. Lebensjahre hat sie Scharlach bekommen und mehrere Wochen krank gelegen. Einen Partus oder Abort hat sie nicht durchgemacht.

Am 11. IV. 05 hatte die Patientin ein Fussbad genommen und war darauf mit nackten Füssen auf dem kalten Flur gegangen. In Anschluss daran stellte sich zunächst eine starke Erkältung ein. Während sie sich an diesem Tage im übrigen noch ganz wohl fühlte, auf den Beinen noch ganz sicher war und sogar noch eine ganze Strecke weit gelaufen ist, bemerkte sie Tags darauf plötzlich eine grosse Schwäche und Reissen in den Beinen, sodass sie gezwungen war, ins Bett zu gehen. Von Tag zu Tag nahm die Schwäche in den Beinen zu, bis sie am 15. IV. einknickte und zusammenbrach. Seit dieser Zeit ist Patientin nicht mehr imstande, auch nur einen Schritt zu gehen. An demselben Tage traten zu dieser Lähmung noch Störungen von Seiten der Blase, die sich darin äusserten, dass sie schwer Urin lassen konnte, der nur tropfenweise abging; ausserdem stellte sich Stuhlretention ein. Ein hinzugezogener Arzt verordnete feuchte Einpackungen und Schlafpulver; ein zweiter Arzt sagte ihr, dass sie ein Gewächs im Leibe habe. Auf Anraten eines dritten Arztes trat sie die Reise aus Strassburg in Westpreussen an und fand am 20. IV. in der Charité Aufnahme.

Der Status der Patientin bei ihrer Aufnahme war folgender: Sie ist von mittelgrosser Statur, besitzt einen grazilen Knochenbau, Muskeln und Fettpolster sind mässig entwickelt. Das Gesicht ist gut genährt, von lebhafter Farbe, Ausdruck etwas leidend, Blick frei. Haut: die Farbe ist blass-rosa, keine Exantheme, Narben und Oedeme. In der

Kreuzbeingegend ist eine gerötete Stelle ungefähr von Talergrösse; Decubitus besteht nicht. Die Temperatur ist dem Gefühle nach nicht erhöht und überall gleichmässig verteilt. Die Pulsfrequenz beträgt 94, die Arterien sind gradlinig, nicht sklerotisch verdickt, weich von mässiger Spannung. Respirationsfrequenz 17, Typus costalis.

Nervensystem: Das Sensorium ist frei, über Kopfschmerzen wird nicht geklagt, der Schlaf ist schlecht. Bei Beklopfung der Wirbelsäule wird ein Schmerzgefühl nicht empfunden, ein Gibbus besteht nicht. Es besteht eine Paraplegie der unteren Extremitäten. Der rechte Unterschenkel kann im Knie ein wenig gebeugt werden, der linke bis zum rechten Winkel; freie aktive Bewegungen im Hüftgelenk und Fussgelenkt sind nur schwer auszuführen. Die Beine im Hüftgelenk zu flektieren ist unmöglich, dagegen lässt sich in geringem Masse eine Abduktions- und Adduktionsbewegung ausführen. Auf den Beinen sich zu halten, vermag die Patientin nicht. Dieselbe klagt über Schmerzen in den beiden unteren Extremitäten, die sie als Reissen angibt. Der Tastsinn ist erhalten, Berührungen mit dem Pinsel bei geschlossenen Augen werden wahrgenommen. Die Schmerzempfindung ist in den unteren Extremitäten etwas herabgesetzt. Bei tiefen Nadelstichen wird über eine geringe Schmerzempfindlichkeit geklagt. Die Analgesie reicht bis zur Nabelhöhe; ebenso wird stumpf und spitz verwechselt. Der Muskelsinn ist erhalten. Bei geschlossenen Augen nimmt Patientin auch die kleinsten Adduktionsbewegungen der Beine wahr. Die Patellarreflexe werden ausgelöst. Das Phänomen des Fussklonus und der Babinskische Reflex fallen negativ aus. Für den faradischen Strom sind die unteren Extremitäten etwas herabgesetzt erregbar, die galvanische Erregbarkeit ist etwas herabgesetzt. Die einige Tage später vorgenommene genaue Prüfung der Erregbarkeit der Beinmuskulatur durch den elektrischen Strom ergibt für den faradischen Strom keine qualitative, aber eine geringe quan-

titative Herabsetzung des linken Beines. Bei direkter Reizung des Nerven erhält man eine deutliche Kontraktion:

		rechts	links
Quadriceps	Rollenabstand	5 mm	4,8 mm
Extensoren	„	7 mm	7 mm
Gastrocnemius	„	7 mm	6 mm
Cruralis	„	besser	schlechter
Ischiadicus	„	5 mm	4,8 mm

Für den galvanischen Strom wurde eine geringe qualitative Herabsetzung der Erregbarkeit des linken Beines, keine quantitative gefunden. Die Zuckungen sind lebhaft, blitzförmig. Das rechte Bein reagiert besser; vielleicht etwas gesteigert. Links bemerkt man auf den gleichen Strom noch keine Zuckung.

Die oberen Extremitäten sind frei, die Pupillen reagieren auf Lichteinfall und Akkomodation. Blase und Mastdarm: Es besteht eine Erschwerung der Harnentleerung. Ist die Blase ad maximum gefüllt, so träufelt Urin ab. Die Patientin muss täglich katheterisiert werden. Ebenso liegt eine Inkontinenz des Mastdarms vor. Der Stuhlgang erfolgt nur durch Einlauf. Am Zirkulationsapparat vernimmt man ein leises systolisches Geräusch. Der 2. Pulmeralton ist etwas verstärkt.

Die Behandlung der Kranken wurde am 2. Februar mit einer kräftigen Faradisation der beiden unteren Extremi-

täten und der Wirbelsäule eingeleitet, nachdem man vorher auch psychisch auf sie einzuwirken versucht hatte, indem man ihr die baldige Genesung in Aussicht stellte. Ausserdem wurde ihr aufgegeben zu versuchen, die gelähmten Glieder selbständig bei den durch den elektrischen Strom hervorgerufenen Zuckungen mitzubewegen. Allmählich wurde die Stromstärke immer mehr und mehr herabgesetzt und die Patientin ermuntert durch aktive Bewegungen das Defizit in der Zuckungsstärke zu ersetzen, bis schliesslich selbständig, wenn auch zuerst in sehr geringem Grade Eigenbewegungen ausgeführt werden konnten. Ausser der elektrischen Behandlung wurde auch noch durch bald vorgenommene Gehversuche versucht, auf die Residuen der verloren gegangenen Bewegungsvorstellungen einzuwirken. Die Kranke wurde auf die Beine gestellt und unter den Achseln schwebend gehalten und die Beine schrittweise vorwärtsgesetzt. Diese Gehübungen wurden methodisch mehrmals des Tages wiederholt. Ausserdem wurden die Bewegungsübungen durch passive Gymnastik und durch Bewegungen im kinetotherapeutischen Bade unterstützt. Die Gehversuche fielen von Tag zu Tag besser aus und bedurfte es einer immer gegeringeren Unterstützung. Am 11. V. vermag die Kranke in Rückenlage ein Bein über das andere zu schlagen. Am 16. V. vermag sie zum ersten Mal am Stock zu gehen. Durch methodische Uebungen im Laufbarren, am Geländer und am Rade wurde die Bewegungsfähigkeit der Beine eine immer grössere. Am 2. VI. lief die Patientin ohne Stock und fremde Hülfe, wenn auch noch etwas unsicher. Am nächsten Tage konnte sie als geheilt entlassen werden. Die Tendenz des Heilverfahrens war somit im grossen und ganzen eine psychisch-suggestive. Die Lähmung, die in diesem Falle durch einen psychischen Affekt beim Auftreten mit den unbekleideten Füssen auf den kalten Boden hervorgerufen ist, ist wiederum durch psychische Einflüsse auf die veränderten Bewegungsvorstellungen vermittelst der elektrischen und gymnastischen Therapie geheilt worden.

Die zweite Form der spinalen Schrecklähmung geht, wie bereits erwähnt, mit organischen Veränderungen des Rückenmarks einher und stellt das typische Bild einer akuten Myelitis dar, welche sich in ihrem Verlauf in nichts von anderen Myelitiden unterscheiden. Dieselbe kann ebenso plötzlich zum Stillstand kommen unter Zurücklassung von Lähmungserscheinungen, wie in die Form der chronischen Myelitis übergehen, wie akut zum Tode führen. Bekannt sind die von Professor Dr. O. Kohts in der Literatur veröffentlichten Fälle von Schrecklähmung. Bei dem einen handelte es sich um ein 22 jähriges Dienstmädchen, das infolge heftigen Schrecks bei der Belagerung von Strassburg im Jahre 1870 von Kreuzschmerzen und Schwäche der Beine erkrankt war. Es entwickelte sich nach und nach eine ausgeprägte Paraplegie der beiden unteren Extremitäten. Da die Kranke bald darauf an Decubitus starb, war es möglich, sich durch die Autopsie von den im Rückenmark vor sich gegangenen Veränderungen zu überzeugen: es fanden sich multiple, sklerotische in der weissen Substanz des Rückenmarks gelegene Herde. Ganz ähnlich verhielten sich die anderen zur Beobachtung gekommenen Fälle. Die Zeichen der Lähmung brauchen sich nicht unmittelbar nach dem psychischen Insult einzustellen, es vergehen oft 3—5 Tage, ehe sich die ersten Symptome zeigen. Es lässt sich diese Erscheinung dadurch erklären, dass der erste psychische Shock überwunden wurde, dass sich dann aber später auf Grund der Erinnerung und des weiteren Nachdenkens über den Schreck die Nervenaffektion sich angeschlossen hat. Eine befriedigende Erklärung darüber, wie eine psychische Erregung anatomische Veränderungen des Nervensystems hervorrufen kann, ist bis jetzt noch nicht gegeben worden, wie uns ja überhaupt so häufig nur die Resultate krankhafter Vorgänge im Körper bekannt sind, während uns die einzelnen Faktoren, aus denen sich dieselben zusammensetzen, unbekannt bleiben. Man wird auch hier eine Art Disposition annehmen müssen.

Der Prognose der Schrecklähmungen ist im grossen und ganzen als eine ziemlich gute anzusehen, soweit es sich um die funktionellen Formen handelt. Doch darf man nie ausser acht lassen, dass sich doch noch im Laufe der Zeit organische Veränderungen des Rückenmarks einstellen können. Die organischen Formen der Schrecklähmungen geben eine ganz bedeutend schlechtere Prognose; im allgemeinen wird sie sich mit der einer gewöhnlichen Myelitis decken.

Die Therapie ist im wesentlichen die gleiche, wie die der hysterischen Lähmungen; sie ist in erster Linie eine psychische. Der Patient muss, sobald die Diagnose der Schrecklähmung sicher gestellt ist, angeleitet werden durch methodische Uebungen die verlorene Herrschaft über seinen Willen wiederzuerlangen. Ueber die einzuschlagende Behandlung verweisen wir auf das, was über die hysterischen Lähmungen gesagt ist.

Zum Schluss wollen wir noch einen kurzen Blick werfen auf den physiologischen Einfluss der Affekte auf unsere Körpermuskulatur, insbesondere auf die Gefässmuskeln. Die Innervationsstörungen bei den Affekten können bald die quergestreifte, bald die glatte Muskulatur, wie z. B. die Gefäss- und Darmmuskulatur treffen. Diese Störungen können sich in verschiedener Weise äussern, indem entweder die Innervation verstärkt ist, wobei die Muskeln sich leichter und schneller kontrahieren oder die Funktion ist herabgesetzt, was sich in Müdigkeit, Erschlaffung und Schwäche kundgibt, oder der Innervationsreiz, der die Muskeln trifft, ist ein schwankender. Im letzteren Falle lässt die Exaktheit der Muskelbewegungen nach, dieselben sind weniger präzise, z. B. unkoordiniert. Diese 3 Arten der veränderten Muskelinnervation kann nun nach der Art des Affektes entweder allein oder kombiniert auftreten. Von den Affekten, die hier in Betracht kommen, ist der Einfluss auf das Muskelsystem folgender. Bei der Enttäuschung tritt eine Schwächung der willkürlichen Innervation ein, bei dem Kummer kommt zu

dieser noch eine Gefässverengerung. Die Bewegungen sind langsam, träge, matt, die Stimme ist leise und klanglos, was auf eine verminderte Tätigkeit der Expirations- und Kehlkopfmuskulatur zurückzuführen ist, der Gang ist langsam und schleppend. Während bei dem Kummer die Tätigkeit der Körpermuskulatur herabgesetzt ist, ist die der Gefässmuskulatur erhöht, es besteht Spasmus. Derselbe hat eine Blutarmut der Gewebe und Organe zur Folge. Die Haut ist blass und kalt, durch die Kontraktion der Gehirngefässe wird die geistige Tätigkeit herabgesetzt; der Kummervolle ist abgestumpft gegen äussere Einflüsse und unaufgelegt zu geistiger Arbeit.

Etwas anders verhält sich der Einfluss des Schreckes, über den bereits oben einige Worte gesagt worden sind, auf unsere Körpermuskulatur. Es tritt zu der Schwächung der willkürlichen Innervation und der Gefässverengerung noch ein Spasmus der organischen Muskeln hinzu. Der von einem plötzlichen Schreck getroffene kann gelähmt zu Boden stürzen oder die Innervation der Muskulatur ist so unsicher, dass ein Beben, Zittern und Stammeln der Sprache eintritt, wegen der Lähmung der Schliessmuskulatur der Augen sind dieselben gross, starrend. Ein weiterer Unterschied zwischen Kummer und Schreck ist der, dass der Spasmus der glatten Muskulatur beim ersteren sich nur auf gewisse Gruppen erstreckt, beim letzteren dagegen auf die gesamte unwillkürliche Muskulatur. Der Lähmung der willkürlichen Muskulatur beim Schreck geht ein momentanes, konvulsivisches Zucken voraus, „ein plötzliches Zusammenfahren“, „ein Schrei“. Der Einfluss auf das Herz ist derartig, dass eine verstärkte Tätigkeit zustande kommt, doch kann bei starker Einwirkung des Schreckes eine Herzlähmung und plötzlicher Tod eintreten.

Kurz wollen wir den Einfluss der Freude und des Zornes auf die Körpermuskulatur streifen. Bei der Freude tritt eine Erhöhung der willkürlichen Innervation auf mit Ge-

fässerweiterung, wobei beim Zorn noch Inkoordination der Bewegungen sich hinzugesellt. Das letztere Symptom findet sich auch bei der Verlegenheit und ist charakterisiert durch eine ausgeprägte Schwächung der willkürlichen Innervation. Der Verlegene ist nur mangelhaft Herr seiner Worte, er stammelt dieselben mühsam hervor. Eine ähnliche Unsicherheit der Innervation finden wir bei der Gefässmuskulatur. Die feinen Blutgefässe sind grossen Schwankungen ihrer Weite unterworfen, was sich in einem häufigen Farbenwechsel äussert.

D. P. Lazarus teilt die Angioneurosen in hypertonische (angiospastische) und hypotonische (angioparalytische), sowie in gemischte Formen ein. Am häufigsten treten die arteriospastischen Formen auf. Dieselben können entstehen durch cardiovasculäre Innenreize, durch Erregungen der Vasomotorenbahn und, was uns hier besonders interessiert, durch Fernwirkungen, bezw. reflektorische Einflüsse von den Sinnesnerven, der Psyche, den sensiblen Nerven und den inneren Organen ausgehend.

Aus diesen Betrachtungen geht hervor, dass die Affekte auf den vasomotorischen Apparat einerseits, auf die Bewegungen, Empfindungen, Sekretionsveränderungen usw. andererseits einen grossen Einfluss ausüben. Unwillkürlich drängt sich uns die Frage auf: „Stehen diese beiden Momente gleichwertig nebeneinander oder ist das eine vom anderen abhängig?“ Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft hierüber ein entscheidendes Urteil zu fällen, ist nicht möglich. Doch spricht vieles für die Theorie, dass die vasomotorischen Störungen, die Veränderung der Weite der Blutgefässe, das primäre der Wirkung der Affekte ist, dagegen die anderen Erscheinungen nur durch diese bedingt sind.

Jedenfalls wissen wir, dass die Blutdruckschwankungen im Zentralnervensystem auf die Leistungsfähigkeit desselben von grosser Bedeutung ist, eine Tatsache, die durch viele Experimente bewiesen ist. Es sei hier kurz auf einen Versuch hin-

gewiesen, den der italienische Physiolog Mosso in Turin an einem Manne, dessen Gehirn in grösserer Ausdehnung freilag, vorgenommen hat. Es zeigte sich, dass jede Gemütsbewegung mit Zirkulationsstörungen im Gehirn einherging. Eine Kränkung, Zorn, Erregung rief eine Erhöhung der Pulsation im Gehirn hervor, ohne dass die Herztätigkeit sich veränderte. — Wie stark die Gehirntätigkeit durch Zirkulationsschwankungen beeinflusst werden kann, geht schon aus dem einfachen Versuch hervor, dass bei Kompression der Carotiden infolge der eintretenden Blutarmut im Gehirn sich Schwindelgefühl, Schwäche, Ohnmacht und Bewusstseinsstörungen einstellen.

Nach allen Erfahrungen auf dem Gebiete der Physiologie steht nichts der Annahme entgegen, dass die Affekte zunächst den vasomotorischen Apparat beeinflussen, und dass durch die dadurch bedingten Schwankungen des Blutgehaltes der einzelnen Körperteile die übrigen Erscheinungen, die oben besprochen sind, zustande kommen.

Es sei hier noch mit einigen Worten der sogenannten Gelenkneurose oder besser gesagt, Gelenkneuralgie gedacht, die zuerst von dem englischen Arzt Brodie beschrieben ist. Eine Prädisposition für dieses Leiden besteht bei dem weiblichen Geschlecht, besonders in jüngeren Lebensjahren, auch die Hysterie bedingt eine hohe Prädisposition für die Gelenkneuralgie. Das Hauptsymptom dieser Erkrankung ist ein in den betroffenen Gelenken lokalisierter Schmerz, der oft hohe Grade annehmen kann. Irgendwelche anatomischen Veränderungen finden sich in den Gelenken nicht. Nach Strümpell gehören diese Gelenkneuralgien nicht zu den echten Neuralgien, sondern zur Hysterie (traumatische Hysterie).

Im Verlaufe dieser Erkrankung, was in unserem Falle besonders interessiert, kommt es häufig zu motorischen Störungen. Zuweilen sind verschiedenartige krampfhafte Zusammenziehungen der Muskeln vorhanden, welche schon durch leichte Berührungen der Haut, oft aber ohne jeden

ersichtlichen Grund hervorgerufen werden. Durch diese spastische Muskellähmung bilden sich falsche Stellungen in den Gelenken aus, welche in der Narkose sich leicht redressieren lassen. Meist sind die Gelenke in Extensionsstellung fixiert, im Gegensatz zu den entzündlichen Gelenkleiden, wo meistens eine Flexionskontraktur vorherrscht. Sehr häufig klagen die Patienten über eine lähmungsartige Schwäche in den Extremitäten, die auch selbst nach dem Verschwinden der Gelenkschmerzen noch weiter bestehen kann. Die Muskeln zeigen dabei keine oder nur unbedeutende Atrophie, ihre elektrische Erregbarkeit ist nicht herabgesetzt. — Aetiologisch kommt ausser der oben erwähnten Prädisposition hysterischer Individuen für Gelenkneuralgien deprimierende und angreifende Gemütsbewegungen, auch wiederholte Blutverluste in Betracht. Zu den Gelegenheitsursachen zählen mechanische, traumatische Einwirkungen auf die Gelenke. — Die Behandlung der Gelenkneurosen fällt mit der der hysterischen Affektionen zusammen.

Aus diesen kurzen Ausführungen geht hervor, dass wir über die Symptome und Erscheinungen der psychogenen Lähmungen, zu denen wir die hysterischen und die Schrecklähmungen zu rechnen haben, ziemlich gut orientiert sind und dass wir imstande sind, eine ziemlich scharfe Diagnose zu stellen, dass wir dagegen hinsichtlich der pathologischen Vorgänge innerhalb des Zentralnervensystems uns nur auf Hypothesen beschränken können. Mit vollem Recht sagt daher Dr. Hückel (Münchener Medizinische Wochenschrift): „Jede physische Lähmung hat sicherlich ihren letzten Grund in abnormen dynamischen Vorgängen in den Ganglienzellen der Grosshirnrinde. Worin diese einfachen physikalischen und chemischen Veränderungen und Umsetzungen in der Zelle bestehen, das zu sagen, ist bei dem jetzigen Stand der Wissenschaft nicht möglich und Theorien darüber aufzustellen wäre nutzlos. Bloss die Aeusserungen des psychischen Lebens sind zur Zeit unserer Beurteilung zugänglich und ge-

statten nur den Rückschluss, ob die vitalen Vorgänge der Gehirnzellen, welche die Arbeit bedingen, normaler Weise ablaufen oder nicht.“ Bei einer psychogenen Lähmung sind die höchsten geistigen Funktionen intakt im Gegensatz zu den Lähmungen der Geisteskranken, die in Wirklichkeit keine solchen sind, sondern nur auf freiwilliger Untätigkeit beruhen infolge falscher Schlüsse der Patienten, die auf Grund der abnormen Empfindungen in den peripheren Organen und Parästhesien und Störungen des Muskelgefühls die Wahnvorstellung haben, gelähmt zu sein.

Zum Schluss gestatte ich mir, Exzellenz Geh. Medizinalrat Herrn Professor Dr. E. v. Leyden und Professor Dr. P. Lazarus für die liebenswürdige Ueberlassung dieser Arbeit und mannigfache Anregung meinen ergebensten Dank auszudrücken.

Literatur.

v. Leyden, Ein Fall von Schrecklähmung mit Nachtrag von Privatdozent Dr. Paul Lazarus, Berliner klin. Wochenschrift 1905.

Strümpell, Spezielle Pathologie und Therapie, Bd. III, Leipzig 1902.

Hückel, Ueber psychische Lähmungen und ihre Behandlung, Münchener Medizinische Wochenschrift 1889.

Binswanger, Ueber den Schreck als Ursache psychischer Erkrankungen, Charité-Annalen 1881.

Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie.

Villaret, Handwörterbuch der gesamten Medizin.

Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie, Bd. XXI.

Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde Bd. XI (Hysterie von Th. Ziehen) XVIII, Psychotherapie von Schrenk Bd. XIX.

Ziemssen, Krankheiten des Nervensystems XII[2], Hysterie von Professor Dr. Jolly.

Wattendorf, Hysterischer Mutismus, Dissertation Erlangen.

Fröhlich, Hysterische Gehstörungen, Dissertation.

Die deutsche Klinik am Eingange d. 20. Jahrhunderts VI „Ueber Myelitis" von E. v. Leyden und P. Lazarus.

„Ueber Gemütsbewegungen" von Professor Dr. C. Lange.

„Ueber den Kreislauf des Blutes im Gehirn" von Professor A. Messo.

„Ueber arteriospastische Zustände" von Privatdozent Dr. P. Lazarus, Berliner klin. Wochenschr. 1907.

Inhaltsübersicht.

Seite

Begriffsbestimmung der psychischen Lähmung 5

I. Die hysterischen Lähmungen.

a) Aetiologie derselben 7

b) Gesamtverlauf und Symptomatologie 8

1. der hysterischen Stimmbandlähmung 9

2. der hysterischen Extremitäten und Rumpflähmung 13

α) hysterische Hemiplegie 14

β) hysterische Paraplegie 14

γ) hysterische Monoplegie 15

δ) hysterische Abasie-Astasie 15

Diagnose derselben 16

Therapie derselben 18

3. der hysterischen Augenmuskel- u. Zungenlähmungen 20

II. Die Schrecklähmungen 22

a) Gesamtverlauf und Symptomatologie

1. der cerebralen Form 24

2. der spinalen Form

α) funktioneller Natur

Fall von Schrecklähmung 26

β) organischer Natur 30

b) Therapie 31

III. Einfluss der Affekte auf die Körpermuskulatur 31

Thesen.

I.

Bei den Affekten spielen die vasomotorischen Vorgänge eine grosse Rolle und stehen an Bedeutung den anderen Innervationsstörungen mindestens gleich.

II.

Zur Bekämpfung des Missbrauches alkoholischer Getränke versprechen die präventiven Massregeln einen sicherern Erfolg als die repressiven.

III.

Die schweren Fälle von Lungentuberkulose (offene Phthisiker) sind in besonderen Heimstätten unterzubringen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Erich Hildebrand, evangelischer Konfession, Sohn des praktischen Arztes Dr. Otto Hildebrand, wurde am 24. August zu Schönebeck a. Elbe geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Realprogymnasium zu Schönebeck und dem Domgymnasium zu Magdeburg, welch' letzteres er zu Ostern 1901 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 30. September 1901 bei der 3. Kompagnie des Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiments No. 1. Ostern 1901 wurde er in die Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Am 18. Februar 1903 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Am 1. Oktober 1905 wurde er zum Unterarzt beim Magdeburgischen Pionier-Bataillon No. 4 ernannt und gleichzeitig zunächst auf ein Jahr behufs Dienstleistung an der Königlichen Charité zur Kaiser Wilhelms-Akademie kommandiert. Dieses Kommando wurde später bis zum 15. Februar 1907 verlängert. Die ärztliche Staatsprüfung beendete er am 12. Mai 1907.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren: Bennecke (†), v. Bergmann (†), Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, Fischer, B. Fränkel, Frey, Goldscheider, Gusserow (†), Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, Israel (†), R. Köhler, F. König, Kraus, Lesser, Lexer, v. Leyden, Liebreich, v. Michel, Olshausen, Orth, Passow, Rubner, Salkowski, F. E. Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Strassmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen.

Während seines Kommandos zur Königlichen Charité war er tätig auf den Kliniken der Herren: Geh. Med.-Rat Ziehen (2 Monate), Geh. Med.-Rat Kraus (6 Monate), Prof. Hildebrand (3 Monate), Geh. Med.-Rat v. Leyden (4 Monate), Geh. Med.-Rat Heubner (2 Monate).

Allen diesen, seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.